

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: JOSEFA CAPEÁNS MARTÍNEZ ST:29

Fecha de fallecimiento 15 - MARZO - 2026

Domicilio LAPIDO, 40 - ORTÓNJO

Teléfonos: 616635942 E-mail:

ALIANZA 2019

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1	Medida
Capilla ardiente	Bertramions 2	Sala Prep. Si Libro Si
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	DOMICILIO - TANAT. APÓSTOL	
Prensa	CORREO GALLEGOS 2	
Radio	1 LUNES	
Recordatorios funebres / tarjetas	50	
Ómnibus acompañamiento	14	
Turismo	id. 1	
Certificado médico	Si	Registro Civil: AMES
Carroza		Personal
Ayunt.º: Sepultura	AMES	PINELO
Iglesia	SAN JUAN DE ORTÓNJO	Capilla central
Incineración	Urna: Campene	70
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	ANA	Funeral: 1+2
Flores	CORONA (40R. 82): TU FAMILIA	146
	CORONA (40R. 82): JUAN	146
	CENTRO (24R. 82): SIN LINTA	146

☒ Sudario ☒ Cubrefuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

CAMBIO DORSO

¡AMBOS!

BUSES X GRABACIÓN

RADIO X CAMBIO CENICERAS

FALLECIDO: Nombre JOSEFA CAPEANS MARTINEZ D.N.I. Nº 33041196 V
id. de los padres JOSE Y MANUELA
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 17 - AGOSTO - 1926
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio LAPIDO - ORTOÑO

Fallecimiento: Fecha: 15:30 horas del día 15 de MARZO de 2026
Domicilio LAPIDO - ORTOÑO
Cementerio SAN JUAN DE ORTOÑO Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. RAÚN BOUEAS CAPEANS (hijo) D.N.I. 33231047A
domiciliado en LAPIDO, 74 - ORTOÑO - AMES

~~L~~ SEÑOR

D/ña. JOSEFINA CAPEANS MARTINEZ
(viuda de JOSÉ BOUEAS Antela) (vecina de Lapedo - Ortoño - Ames)
falleció en _____ en el día de 15/03/26 a los 99 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción _____

Funerales LUNES 16:45

en la iglesia de San Juan de Ortoño

CASA MORTUORIA: Apostol 2.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

2 AUTOBUSES X GRABACIÓN



3204111

NOMBRE	JOSEFA
PRIMER APELLIDO	CAPEANS
SEGUNDO APELLIDO	MARTINEZ

Josefa Capción

EXPED. 20-02-1997 VAL. PERMANENTE

33041196-V

Ministerio del Interior

NACIO EN	AMES		
PROVINCIA	LA CORUÑA	EL	17-08-1926
HIJO DE	JOSE y MANUELA		SEXO M
DOMICILIO	LGAR ORTOÑO		
LOCALIDAD	AMES		
PROVINCIA	LA CORUÑA	EQUIPO	15771LSD1

IDESP33041196V4<<<<<<<<<<<<<
2608178F9912315ESP<<<<<<<<<<8
CAPEANS<MARTINEZ<<JOSEFA<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA 

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APellidos / APELLIDOS
BOUZAS
CAPEANS

NOMBRE / NOME
RAMON

SEXO 1 SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO /
01 11 1957

NEW REPORT

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
01 11 1957

NUB VOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
 BPE149843 09 07 2031

DN 33231047A

412608

DOMENICO / DOMENICO
LGAR. LAPIDO 74

ORTOÑO
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO I LUGAR DE NACIMIENTO
 AMES
 A CORUÑA

HUJOIA DE: FILLOIA DE:
JOSE / JOSEFINA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPBP149843533231047A<<<<<<
5711015M3107092ESP<<<<<<<<<<5
BOUZAS<CAPEANS<<RAMON<<<<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613676

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Rafaela Francisca Benítez
D. / Dña. Sanja de C.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Sanja de C., con el número
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Benítez, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JOSEFA
Nome do falecido/a: JOSEFA
1º Apellido del fallecido/a: CAPELANS
1er Apellido do falecido/a: CAPELANS
2º Apellido del fallecido/a: MARTINEZ
2º Apellido do falecido/a: MARTINEZ

Fecha de nacimiento 17 Mes 08 Año 1926 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de nacemento 17 Mes 08 Ano 1926 Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33087196-V
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción 15:30 Día 15 Mes 03 Año 2026
Hora e data da defunción 15:30 Día 15 Mes 03 Ano 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? MUES
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ Outro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PODADA CARDIORESPIRATORIA Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

(c) Horas Días Meses Años
Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Horas Días Meses Años
AVANZADA Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
 Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? Si/Sí ☐ No/Non ☐ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica? Si/Sí ☐ No/Non ☐

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?
Accidente de tráfico No/Non ☐ Accidente laboral No/Non ☐
Accidente de tráfico Si/Sí ☐ Accidente laboral Si/Sí ☐
Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En
En

Dues 15 de MARZO de 2026
a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

E. Franco
2026

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la causa inmediata y se termine por la causa inicial o fundamental, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "debido a" que facilitan la comprensión del concepto de secuencia lógica, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y este a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el periodo en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas 4 5 Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 3 Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 5 Meses Años

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas 1 0 Meses Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no subrimimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate coa causa inicial ou fundamental, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "debido a" que facilitan a comprensión do concepto de secuencia lóxica, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado (o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 4 5 Meses Años

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senon a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a 3 Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadenante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 5 Meses Años

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

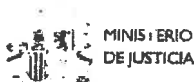
Ejemplo: Diabetes

Horas 1 0 Meses Años

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo da tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/o siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárase claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 20260316/004500 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D^a **JOSEFA CAPEÁNS MARTÍNEZ** con Documento Identificativo DNI núm. 33 041 196-V, con último domicilio conocido en Lpido 74, Ortoño, Ames, Coruña, España, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 15 de marzo de 2026 as 15:30 horas, ocurrida no seu domicilio **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura/cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran doce horas desde a do falecemento.

En Ames o 16 de marzo de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/03/2026 11:59

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comproba-clon-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
JACOBO LÓPEZ MOSQUERA

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:zARg-J9vt-H9ac-V83X

